P61776
F828e

CONTRIBUTION

A

L'ETIOLOGIE DE LA DACRYOCYSTITE

PAR

A. A. FOUCHER, M.D.

Professeur de la clinique d'Ophtalmologie et d'Otologie à la Faculté de Médecine de l'Université Laval à Montréal, Oculiste et Auriste de l'hôpital Notre-Dame.

P617.76
F822e

BIBLIOTHÈQUE
SAINT-SULPICE

CONTRIBUTION A L'ETIOLOGIE DE LA DACRYOCYSTITE

PAR A. A. FOUCHER, M.D.,

Professeur de la clinique d'Ophtalmalogie et d'Otologie à la Faculté de médecine de l'Universite Laval à Montréal, Oculiste et Auriste de l'hôpital Notre-Dame. (1)

La plupart des auteurs qui ont étudié la pathogénie de la dacryocystite ont reconnu à cette affection des causes multiples, rapprochées ou éloignées. L'énumération en est longue et comprend tout ce qui peut directement ou indirectement conduire à l'inflammation du conduit lacrymo-nasal. Ainsi, on a signalé l'étroitesse naturelle du conduit nasal chez certains sujets par développement anormal des os de la face, on a invoqué l'hérédité, les traumatismes directs, les maladies des os ou du périoste avoisinant, les inflammations de la conjonctive ou de la muqueuse nasale, les fièvres éruptives, les vices de réfraction, on a fait jouer à certaines maladies constitutionnelles, telles que la syphilis et la scrofule, un rôle très important ; enfin, dans ces derniers temps, on a fait intervenir l'action des micro-organismes.

Ces différentes causes ont été invoquées tour à tour et ont fait le sujet de nombreuses discussions, mais il a toujours été difficile d'établir la part réelle que chacune d'elles prend dans l'histoire de la dacryocystite et entr'autres raisons, parce que les autopsies pouvant révéler les lésions anatomiques de la maladie ont été faites en très petit nombre, et généralement à une époque où il devenait difficile de dire si la lésion constatée en était bien la cause et non le résultat. Sur ce rapport nous ne sommes guère plus avancés aujourd'hui, et en remettant cette question à l'étude nous ne prétendons pas assigner une cause nouvelle à la dacryocystite, ni même établir celle qui doit prédominer, mais seulement contribuer à mettre en évidence la part qui leur revient respectivement.

Voici un tableau résumant 183 cas ; nous apprécierons plus loin la valeur des renseignements qu'il nous fournit.

---

(1) Communication faite à l'*Association médicale du Canada*, le 16 septembre 1891.

57434

1ere SERIE

PATIENTS NON MARIES.

No' observation.	Homme.	Femme.	Age.	Œil droit.	Œil gauche.	Epiphora depuis.	Nombre d'enfants.	Fausse couche.	Mortalité.	Variole à l'âge de	Nombre d'années avant dacryocystite.	Rhinite hypertrophique.	Rhinite atrophique.	Pharyngite.	Dents d'Hutchinson.	Dents cariées.	Ophtalmie purulente.	Syphilis.	Hérédité.	Abcès antre maxil.	REMARQUES.
			an			an				an	an										
1	1	1/12	1/12	1	....	1/12	3	....	2/3	....	..	....	....	...	....	....	1	...	..	....	Mère phthisique.
2	....	1	8/12	1	....	8/12	6	1	4/7	....	....	....	....	....	....	....	1	....	....	....	Un autre enfant atteint de la même maladie.
3	....	1	2½	1	1	2½	5	2	3/7	....	....	....	1	....	....	1	...	....	1	...	La mère atteinte dacryo. O.D.
4	1	....	3	1	....	2	5	....	2/5	....	....	....	....	....	....	....	....	...	....	....	Suite de rougeole.
5	....	1	3	1	1	2	5	3	5/8	....	....	....	...	....	....	....	1	....	..	....	La patiente a eu des éruptions aux fesses, venue au monde après 6 filles mortes en bas âge.
6	....	1	3½	...	1	2	14	....	11/14	...	....	....	....	....	....	...	1	....	....	....	
7	1	....	4	1	....	1	12	...	4/12	...	....	1	....	1	....	1	1	....	1	....	Père et mère atteints dacryo.
8	1	....	4½	....	....	1	4	....	3/4	....	....	....	....	....	....	....	1	....	....	....	Ulcère infect. de la cornée.
9	1	...	6	1	1	2	8	....	2/8	4	0	....	....	....	....	....	....	....	....	....	
10	....	1	6	....	1	3	11	....	3/11	5	0	....	....	....	....	1	....	1	...	....	
11	....	1	6	....	1	1	12	....	3/12	....	....	....	....	....	....	1	....	....	....	....	
12	1	....	6	...	1	3	7	....	0/7	...	....	....	1	....	....	....	....	....	....	....	Suite de diphtérie.
13	....	1	8	1	....	3	4	....	3/4	2	4	....	....	....	1	...	....	....	....	....	
14	....	1	8	1	1	3	1	....	0/1	10	0	....	....	....	1	...	....	....	....	....	Le père et la mère portent traces syphilis.
15	...	1	8	1	....	3	....	....	0/1	3	....	....	....	....	...	...	....	....	....	....	
16	....	1	8	....	1	1	4	....	3/4	....	....	....	....	....	1	....	....	....	....	....	Père et mère morts de phthisie.
17	1	....	9	....	1	3	9	....	4/9	3	3	....	....	....	...	....	....	....	....	....	
18	1	...	10	1	1	2	8	....	2/8	2	6	....	....	....	....	....	....	....	....	....	

19	....	1	10	1	1	3	7	....	3/7	3	0	....	....	....	....	....	....	....	....	....	
20	....	1	11	1	....	1	9	....	5/9	....	....	....	1	1	....	....	....	....	....	1	La mère a souvent des éruptions cutanées. 2 frères atteints de kérat phlyct., le patient a subi l'amputation d'un orteil pour lésion osseuse.
21	1	....	11	....	1	3	7	....	3/7	....	....	....	....	....	....	1	....	....	....	1	
22	....	1	12	1	1	5	7	....	2/7	4	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	
23	1	....	12	1	1	1	5	....	3/5	....	....	....	....	....	1	....	....	....	....	....	
24	....	1	12	1	1	9	6	....	3/6	2	....	....	....	....	....	1	....	....	....	....	
25	....	1	13	1	1	3	5	....	4/5	....	....	....	....	....	....	....	1	....	....	....	
26	....	1	13	1	1	1	12	....	6/12	....	....	....	....	....	....	....	....	1	....	....	
27	....	1	13	....	1	2	7	....	4/7	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	
28	....	1	13	1	....	1	8	....	4/8	....	....	....	....	....	1	1	....	....	....	....	A eu kérat parenchymateuse, le père souffre de plaies syphilitiques aux jambes.
29	1	....	14	....	1	4	2	....	0/2	4	0	....	....	....	....	....	....	....	....	....	
30	....	1	15	1	1	3	6	....	1/6	12	0	....	....	....	....	....	....	....	....	....	
31	1	....	15	....	1	13	9	....	4/9	2	0	....	1	....	....	....	....	....	....	....	
32	1	....	15	....	1	3	20	....	15/20	....	....	....	....	....	1	....	....	1	....	....	Le père avoue syphilis.
33	....	1	15	1	....	1	5	....	3/5	12	2	1	....	....	....	....	....	....	....	....	A eu kérat phlyct. à l'âge de 4 ans.
34	....	1	15	1	....	12	12	....	6/12	....	....	....	1	....	....	....	....	....	....	....	La patiente a gardé un bouton dans la narine pendant plusieurs années.
35	....	1	15	....	1	8	8	....	4/8	7	0	....	....	....	1	....	....	....	....	....	
36	1	....	16	....	1	4	8	....	5/8	10	2	....	....	....	....	....	....	....	....	....	
37	....	1	16	....	1	2	7	....	6/7	5	9	....	....	....	....	1	....	....	....	....	
38	1	....	16	1	1	10	11	....	6/11	2	4	....	....	....	....	....	....	....	....	....	
39	....	1	16	....	1	2	6	....	5/6	5	9	....	....	....	....	....	....	....	....	....	Souffre de rhumatisme articulaire.
40	....	1	16	1	1	8	7	....	2/7	7	1	....	....	....	....	....	....	....	....	....	
41	....	1	16	1	1	8	6	....	3/6	3	5	....	....	....	....	....	....	....	....	....	
42	....	1	16	....	1	3	3	....	0/3	11	2	....	....	....	....	....	....	....	....	....	
43	....	1	17	1	1	3	6	....	1/6	14	0	....	....	....	....	....	....	....	....	....	
44	1	....	17	....	1	10	12	....	9/12	7	0	....	....	....	....	....	....	1	....	....	
45	....	1	18	1	....	0	7	....	0/7	....	....	....	....	....	....	....	1	....	....	....	Suite de blennorrhagie.
46	....	1	18	1	1	15	8	....	3/8	2	1	....	....	....	1	....	....	....	....	....	Perforation cloison nasale.
47	....	1	19	....	1	3	11	....	3/11	13	0	....	....	....	....	....	....	....	....	....	
48	....	1	19	1	1	2	7	....	1/7	....	....	....	1	1	....	....	....	1	....	....	Carie des cornets et du sphénoïde.
49	1	....	20	1	1	2	6	....	2/6	10	8	....	....	....	....	....	....	....	....	....	
50	....	1	20	1	....	5	10	....	5/10	3	12	....	....	....	....	....	....	....	....	....	
51	....	1	20	....	1	2	6	....	3/6	1	....	....	....	....	1	....	....	....	....	....	
52	....	1	20	....	1	1	5	....	0/3	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	Le père mort de phthisie, la mère a mal aux yeux.
53	....	1	21	1	....	1	8	....	4/8	....	....	1	....	....	....	....	....	....	....	....	
54	1	....	22	....	1	1	6	....	1/6	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	

1ère SÉRIE—PATIENTS NON MARIÉS. (SUITE).

No. observation.	Homme.	Femme.	Age.	Œil droit.	Œil gauche.	Epiphora depuis.	Nombre d'enfants.	Fausse couche.	Mortalité.	Variole à l'âge de	Nombre d'années avant dacryocystite.	Rhinite hypertrophique.	Rhinite atrophique.	Pharyngite.	Dents d'Hutchinson.	Dents cariées.	Ophtalmie purulente.	Syphilis.	Hérédité.	Abcès antre maxil.	REMARQUES.
			an			an				an	an										
55	....	1	22	....	1	11	6	....	3/6	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	A été sujette au mal d'yeux.
56	....	1	22	....	1	10	15	....	4/15	7	5	....	1	1	....	....	....	....	....	....	
57	....	1	25	....	1	5	5	....	1/5	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	
58	1	....	26	....	1	12	6	....	1/6	5	9	....	....	....	....	....	....	....	....	....	
59	....	1	26	1	....	8	5	2	5/7	8	....	....	1	....	....	....	....	....	1	....	Maternelle.
60	1	....	28	....	1	10	15	....	10/15	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	
61	1	....	32	1	1	5	11	....	8/11	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	
62	....	1	33	....	1	5	5	....	4/5	....	...	1	1	1	....	1	....	....	....	....	Conjonct. granuleuse.
63	....	1	35	1	1	2	12	....	6/12	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	
64	....	1	38	....	1	1	3	....	2/3	3	34	....	....	....	1	....	....	....	....	....	
65	....	1	39	1	....	5	1	....	0/1	....	....	....	1	1	....	....	....	....	....	....	Père mort phthisique.
66	....	1	40	....	1	1	12	....	0/12	....	....	....	....	1	....	1	....	....	....	....	
67	....	1	42	....	1	5	10	....	3/10	....	....	....	...	....	....	1	....	....	....	....	
68	1	....	43	....	1	2	15	....	7/15	....	....	1	1	1	....	....	....	....	1	....	Une sœur atteinte même af-
69	....	1	53	1	1	20	13	....	2/13	1	32	1	....	....	....	....	....	....	....	....	Sujette au coryza. [fection.
70	....	1	57	....	1	30	18	...	14/18	....	....	1	....	....	....	....	....	....	....	....	

RÉSUMÉ DE LA 1ère SÉRIE.

Nombre d'observations...	70			Nombre d'années avant dacryocystite.	148	2 8/7	ans en moyenne.
Hommes.....	22	31 3/7	o/o	Rhinite hypert	7	10	o/o
Femmes.....	48	68 4/7	"	Rhinite atrophique	11	15 5/7	"
Age.....	1223	17 3/7	ans en moyenne.	Pharyngite.....	8	11 3/7	"
Œil droit.....	37	52 6/7	"	Dents de Hutchinson....	10	14 2/7	"
Œil gauche.....	54	75 5/7	"	Dents cariées	11	15 5/7	"
Date.....	332	4 5/7	ans en moyenne.	Ophtalmie purulente.....	8	11 3/7	"
Nombre d'enfants.....	542	7 5/7	par famille.	Syphilis.....	4	5 5/7	"
Fausse couche.....	8	11 3/4	"	Hérédité.....	2	2 6/7	"
Mortalité.....	253	46	"	Abcès du sinus maxillaire.	2	2 6/7	"
Variole.....	34	48 4/7	"				

2de SERIE—PATIENTS MARIES.

71	....	1	22	1	....	2	....	....	.....	20	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	
72	....	1	22	....	1	20	5	....	2/5	2	21	....	1	1	....	....	....	....	....	....	Perforation du voile du palais.
73	....	1	23	1	....	2	3	....	0/3	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	Père et mère morts de phthisie.
74	....	1	23	1	....	18	4	....	2/4	5	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	
75	....	1	24	1	....	2	2	....	1/2	6	16	....	....	....	....	....	....	....	....	....	
76	....	1	24	....	1	3	1	....	0/1	3	20	....	1	1	....	....	....	....	....	....	Ancien trachôme.
77	....	1	25	1	....	2	3	....	1/3	....	....	1	....	1	....	....	....	....	....	....	Père mort de phthisie.
78	....	1	25	....	1	5	3	....	2/3	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	
79	....	1	26	1	....	4	6	....	1/6	....	....	....	1	1	....	1	....	....	....	....	
80	....	1	26	1	....	3	1	2	3/3	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	
81	....	1	26	....	1	3	5	....	3/5	....	....	....	1	1	....	....	....	....	....	....	
82	....	1	27	....	1	2	3	....	1/3	....	....	....	1	1	....	1	....	....	....	....	
83	....	1	27	1	....	3	2	....	0/2	....	....	....	....	1	1	1	....	....	....	....	Otite scléreuse.
84	....	1	27	1	....	2	1	....	0/1	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	
85	1	....	27	1	1	21	1	....	1/1	6	....	....	....	....	....	....	....	1	....	....	
86	....	1	28	1	1	3	5	....	2/5	....	....	....	1	1	....	....	....	....	....	....	Trichiasis et trachôme.
87	....	1	28	....	1	20	1	1	1/2	8	19	....	....	....	....	....	....	....	....	....	Métrite ulcéreuse.
88	1	....	30	1	....	2	3	....	2/3	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	
89	....	1	30	1	....	3	....	....	.....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	
90	....	1	30	1	....	3	5	1	1/6	....	....	1	....	....	....	....	....	....	....	....	
91	....	1	31	....	1	4	1	....	0/1	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	

2DE SÉRIE—PATIENTS MARIÉS. (SUITE).

No. observation.	Homme.	Femme.	Age.	Œil droit.	Œil gauche.	Epiphora depuis.	Nombre d'enfants.	Fausse couche.	Mortalité.	Variole à l'âge de	Nombre d'années avant dacryocystite.	Rhinite hypertrophique.	Rhinite atrophique.	Pharyngite.	Dents d'Hutchinson.	Dents cariées.	Ophtalmie purulente.	Syphilis.	Hérédité.	Abcès antre maxil.	REMARQUES.
						an				an	an										
92	....	1	32	1	....	8	7	....	2/7	8	23	....	1	1	....	....	....	....	....	....	
93	....	1	32	1	1	2	6	....	2/6	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	
94	....	1	32	1	1	4	5	....	1/5	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	
95	....	1	32	....	1	24	4	....	4/4	9	23	....	....	....	....	....	....	....	....	....	
96	....	1	32	1	....	2	3	....	3/3	....	....	....	....	....	....	....	1	....	....	....	Blennorhagique.
97	....	1	33	1	....	4	8	3	8/11	....	....	....	....	....	....	....	....	1	....	....	Iritis syphilitiques.
98	....	1	33	1	1	3	5	1	3/6	....	1	....	....	1	....	....	....	....	....	....	
99	....	1	33	1	....	1	7	....	3/7	11	21	....	1	1	....	....	....	....	....	....	
100	....	1	33	....	1	4	2	....	2/2	10	22	....	1	1	....	....	....	....	....	....	
101	....	1	33	1	....	2	9	....	5/9	7	25	....	....	1	....	1	....	1	....	....	La mère a des plaies syphilitiques aux jambes.
102	1	....	34	1	1	3	7	....	2/7	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	Père mort phthisie, un frère dents Hutchinson, la mère a craché le sang.
103	....	1	34	1	1	12	5	2	4/7	....	....	....	1	1	....	....	....	....	....	....	
104	....	1	34	1	1	15	8	....	6/8	6	13	....	....	....	....	....	....	....	....	....	
105	1	....	34	1	1	5	3	2	4/5	3	24	....	....	....	....	....	....	....	....	....	
106	....	1	35	1	....	1	11	....	8/11	....	....	....	....	....	....	....	....	1	....	....	Le mari est syphilitique.
107	....	1	35	1	1	10	10	....	3/10	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	
108	....	1	35	....	1	30	5	....	2/5	5	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	
109	1	....	35	....	1	2	8	....	2/8	9	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	Famille de tuberculeux.
110	....	1	35	....	1	10	9	....	3/9	....	....	....	1	1	....	1	....	....	....	....	
111	1	...	35	1	....	2	4	....	0/4	1	43	....	1	....	....	....	....	....	....	1	Carie du palais dur. Le patient est mort depuis.
112	....	1	35	....	1	1	6	....	2/6	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	
113	....	1	36	....	1	10	9	....	6/9	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	
114	....	1	36	1	1	5	8	1	1/9	....	....	....	1	....	....	....	....	....	....	....	
115	....	1	36	1	1	30	....	....	0/0	1	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	

115	....	1	36	1	1	36	....	....												
116	1	....	36	1	....	1	14	....	3/14	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	Traumatisme direct.
117	....	1	37	1	1	4	7	....	4/7	7	26	....	....	....	....	....	....	....	....	
118	....	1	37	....	1	3	10	....	4/10	....	....	....	1	1	....	....	....	....	....	
119	....	1	37	1	1	2	5	....	0/5	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	
120	....	1	37	....	1	4	3	....	1/3	17	....	....	....	....	....	....	....	....	....	
121	....	1	38	1	1	2	8	....	0/8	....	....	1	....	....	....	....	....	....	....	
122	....	1	38	1	....	6	5	....	3/5	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	
123	....	1	38	1	1	13	7	....	2/7	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	
124	....	1	39	1	1	4	12	....	5/12	....	....	....	1	1	....	1	....	....	....	
125	....	1	39	1	1	10	12	....	8/12	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	
126	....	1	39	....	1	1	6	....	1/6	....	....	....	....	....	....	1	....	....	....	
127	....	1	40	....	1	6	5	2	3/7	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	
128	....	1	40	1	1	4	13	....	7/13	....	....	....	....	....	....	....	....	1	....	Porte des traces d'ancienne syphilis.
129	....	1	40	1	1	5	....	....	3/8	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	
130	....	1	40	1	1	2	10	....	5/10	5	33	....	....	....	....	....	....	....	....	
131	....	1	40	1	1	6	12	....	4/12	....	....	....	....	1	....	....	....	....	....	Ancien trachome, déviation de la cloison nasale.
132	....	1	40	....	1	25	13	....	3/7	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	Atrophie du nerf opt.
133	1	....	42	....	1	3	7	1	6/8	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	
134	....	1	43	1	....	2	1	....	0/1	....	....	....	....	....	....	....	....	1	....	Enfant syphilitique.
135	....	1	43	1	....	10	9	2	9/11	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	
136	....	1	44	1	1	6	14	....	5/14	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	
137	1	....	44	....	1	2	7	1	4/8	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	
138	1	....	45	....	1	15	17	....	10/17	8	18	....	....	....	....	....	....	....	....	
139	1	....	45	1	....	16	6	....	2/6	....	....	....	1	....	....	1	....	....	....	Attaques d'épilepsie.
140	....	1	45	1	....	2	11	....	3/11	7	....	....	....	....	....	....	....	....	....	
141	....	1	46	....	1	8	5	....	3/5	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	
142	....	1	46	....	1	8	5	....	3/5	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	
143	1	....	46	1	....	3	16	....	4/16	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	
144	1	....	46	1	....	1	9	....	0/9	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	
145	....	1	48	....	1	4	6	1	4/7	....	....	....	....	....	....	....	....	1	....	
146	....	1	48	....	1	3	12	....	3/12	32	13	....	....	....	....	....	....	....	....	
147	....	1	48	1	....	2	2	....	0/2	....	....	....	1	1	....	....	....	....	....	
148	....	1	48	1	1	3	16	....	10/16	30	15	....	1	1	....	1	....	....	....	
149	....	1	49	1	1	35	2	....	2/2	15	1	....	....	1	....	....	....	....	....	Déviation de la cloison du nez.
150	....	1	49	....	1	4	....	....	....	....	....	....	....	....	....	1	....	....	....	
151	1	....	50	1	1	50	13	....	5/13	1	....	....	1	1	....	....	....	....	....	

2DE SÉRIE—PATIENTS MARIÉS. (SUITE).

No. observation.	Homme.	Femme.	Age.	Œil droit.	Œil gauche.	Epiphora depuis.	Nombre d'enfants.	Fausse couche.	Mortalité.	Variole à l'âge de	Nombre d'années avant dacryocystite.	Rhinite hypertrophique.	Rhinite atrophique.	Pharyngite.	Dents d'Hutchinson.	Dents cariées.	Ophtalmie purulente.	Syphilis.	Hérédité.	Abcès antre maxil.	REMARQUES.
			an			an				an	an										
152	....	1	50		1	7	8	....	3/5	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	
153	....	1	51		1	1	14	....	10/14	12	38	....	....	....	....	....	....	1	....	....	
154	....	1	51		1	1	13	4	13/17	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	
155	....	1	52	1	....	6	15	....	14/15	....	....	....	....	....	....	....	....	1	....	....	
156	....	1	52	....	1	5	15	....	10/15	7	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	
157	....	1	53	....	1	2	6	....	2/6	3	48	....	....	....	....	....	....	....	....	....	
158	....	1	53	1	1	2	12	....	5/12	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	
159	....	1	54	1	....	2	11	....	6/11	15	37	1	....	1	....	....	....	....	....	....	Ulcère cornéen au cours d'une pneumonie.
160	1	....	54	1	....	6	6	....	1/6	5	43	....	....	....	....	....	....	....	....	....	Famille tuberculeuse.
161	1	....	55	....	1	4	12	....	3/12	4	47	1	....	1	....	....	....	1	....	....	Ulcère cornéen infect. et sclérose conjonctive.
162	....	1	56	1	....	2	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	
163	....	1	56	1	....	12	9	....	4/9	15	29	....	1	1	....	....	....	....	....	....	Déviation cloison du nez.
164	....	1	57	1	....	4	15	3	13/15	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	
165	....	1	58	1	1	4	11	....	10/14	....	....	....	1	1	....	....	....	....	....	....	
166	1	....	58	....	1	3	8	....	1/8	....	....	....	1	1	....	1	....	....	....	....	Ulcère cornée (infect)
167	1	....	58	....	1	10	15	....	7/15	....	....	1	....	....	....	....	....	....	....	....	Déviation cloison du nez.
168	1	....	59	1	1	15	13	....	6/13	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	
169	....	1	60	1	....	2	10	....	7/10	15	43	....	....	....	....	1	....	....	....	....	
170	1	....	60	....	1	15	7	....	2/7	....	....	....	....	1	1	....	....	....	....	....	Ancien trachôme et ulcère cornée.
171	....	1	61	1	1	1	1	2	0/1	....	....	....	....	1	1	....	....	....	....	....	
172	....	1	61	....	1	20	12	1	5/14	....	....	....	....	....	....	....	....	1	....	....	Paral 3ème paire. Un des enfants, dents d'Hutchinson, mère paralysie 3ième paire.
173	....	1	61	....	1	2	7	....	1/8	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	
174	....	1	62	....	1	6	5	....	4/4	6	51	....	....	....	....	....	....	....	....	....	
175	....	1	63	....	1	2	16	....	10/16	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	

176	....	1	64	....	1	18	4	....	2/4	4	....	....	....	....	....	....	....	....	
177	....	1	65	1	....	15	....	....	.....	40	0	....	....	....	1	....	....	....	
178	....	1	66	1	....	7	5	....	4/5	6	54	....	....	....	....	....	....	....	Cataracte capsulaire et otite [scléreure.
179	1	....	73	....	1	2	6	....	1/5	....	....	1	....	....	....	....	....	....	
180	1	....	74	1	....	4	11	....	5/11	....	....	....	....	....	....	....	....	....	
181	1	....	75	....	1	20	8	....	5/8	18	56	....	....	....	....	....	....	....	
182	1	....	8	....	1	2	8	....	4/8	8	71	1	....	....	....	....	....	....	Ulcère inf. cornée—exostose [narine.
183	....	1	8	....	1	1	7	....	3/7	3	77	....	....	....	....	....	....	....	

RÉSUME DES OBSERVATIONS DE LA 2ème SERIE.

Nombre d'observations.....	113		
Hommes.	24	22 4-13 o/o	
Femmes	89	80 6-11 "	
Age.....	4826	42 5-7	ans, en moyenne.
Œil droit.....	68	60 2-11 "	
Œil gauche.....	75	66 5-11 "	
Date.....	788	7	ans, en moyenne.
Nombre d'enfants.....	820	7 2-11	par famille.
Fausse couche.....	29	3 1-2 "	
Mortalité	387	45 1-4 "	
Variole.....	47	37 1-2 "	
Nombre d'années avant dacryocystite.....	861	20 1-2	ans.
Rhinite hypertrophique	6	3 3-11 "	
Rhinite atrophique.....	22	19 5-11 "	
Pharyngite.....	29	25 5-11 "	
Dents de Hutchinson.....	4	3 6-11 "	
Dents cariées.....	13	11 5-11 "	
Ophtalmie purulente.....	1	1	"
Syphilis.....	15	10 6-11 "	
Hérédité.....	....	.....	
Abcès du sinus maxillaire..	1	I	"

RÉSUMÉ TOTAL.

Maladies des yeux.....	12495
Cas de dacryocystite.....	669

Nombre d'observations.....	183		
Hommes.....	46	25 1-9 o/o	
Femmes.....	137	74 15-18 "	
Age.....	6049	33 11-18	ans en moyenne.
Œil droit.....	105	57 1 3 "	
Œil gauche.....	129	70 1-2 "	
Date.....	1120	6 1-9	ans en moyenne.
Nombre d'enfants.....	1362	7 4-9	par famille.
Fausse couche.....	37	2 9-13 "	
Mortalité.....	640	46 3-4 "	
Variole.....	76	41 1-2 "	
Nombre d'années avant dacryocystite.....	1009	12	ans.
Rhinite hypertrophique....	13	7 1-18 "	
Rhinite atrophique....	33	18 "	
Pharyngite.....	37	20 2-9 "	
Dents de Hutchinson.....	14	7 11-18 "	
Dents cariées.....	24	13 1-9 "	
Ophtalmie purulente.	9	5 "	
Syphilis.....	16	8 13-18 "	
Hérédité.....	2	1 1-18 "	
Abcès du sinus maxillaire..	3	1 11-18 "	

Comme on vient de le voir, nous avons noté :

1o la fréquence relative de l'affection ;

2o le sexe ;

3o l'âge moyen où les patients se présentent pour être traités ;

4o l'œil atteint ;

5o depuis combien de temps le larmoiement existe ;

6o le nombre d'enfants, de fausses couches et le chiffre de la mortalité, soit chez les enfants de patients mariés, soit chez les frères et sœurs de patients non mariés

7o les cas de variole récente ou ancienne, et le nombre d'années écoulées entre la variole et l'apparition du larmoiement ;

8o les cas de syphilis héréditaire ou acquise ;

9o l'état du nez, du pharynx et des dents, surtout au point de vue de la rhinite hypertrophique ou atrophique, de la carie dentaire et des dents de Hutchinson.

10o l'histoire antérieure d'ophtalmie purulente ;

11o les cas d'empyème de l'antre d'Higmore ;

12o les cas d'hérédité.

***

En résumé, sur un chiffre de 12,495 maladies des yeux, nous avons observé 669 de dacryocystite.

Sur les 183 dernières observations, les hommes ont compté pour 25 4|19 o|o, les femmes 74 15|19 o|o. En moyenne, les patients se sont présentés vers l'âge de 33 ans, quoiqu'il y ait eu 6 cas au-dessous de 4 ans et 5 cas au-dessus de 70 ans, dont deux au-dessus de 80 ans. Les patients se sont présentés à la consultation à peu près 6 ans après le début du larmoiement. Le nombre d'enfants dans les familles de patients non mariés a été de 550, la mortalité au-dessous de 4 ans s'est élevée pour ces derniers à 253, soit une proportion de 46 o|o ; le nombre d'enfants des patients mariés s'est élevé à 849 et la mortalité à 45¼ o|o, par conséquent la mortalité totale ne s'est pas éloignée de ce chiffre.

La variole a été notée 76 fois, c'est-à-dire 41½ o|o, la dacryocystite est apparue en moyenne 12 ans après, quoiqu'il y ait eu 22 cas où elle se soit déclarée au cours même de la maladie ou dans le cours de la première ou seconde année qui a suivi son apparition.

La rhinite hypertrophique a été notée dans 13 cas, la rhinite atrophique, avec ou sans pharyngite sèche : 33 fois, les pharyngites diverses : 37 fois ; les dents de Hutchinson dans 14 cas, donnant une moyenne de 7 $\frac{11}{18}$ p. 100.

Les dents cariées en grand nombre : 24 cas ; l'ophtalmie purulente de date récente : 9 cas ; la syphilis avouée et évidente : 16 cas. Nous avons pu retracer 2 cas d'hérédité, mais au dire des patients la même affection se rencontrerait plus souvent chez les parents si on pouvait accepter leur dires pour des faits réels. Enfin, dans trois cas il y avait suppuration du sinus maxillaire.

Ces chiffres, quoique restreints, nous engagent à discuter la valeur des différentes théories émises au sujet de l'étiologie de la dacryocystite, mais avant d'aborder ce sujet nous croyons nécessaire de rappeler ici brièvement la physiologie de l'excrétion des larmes. Bien comprise, cette physiologie nous laisse déjà entrevoir quelles sont les causes qui s'opposent le plus souvent et le plus efficacement à l'écoulement régulier des larmes, partant, à l'inflammation et à l'obstruction du conduit lacrymo-nasal.

***

Les voies d'excrétion des larmes, pour fonctionner intégralement, ont besoin de satisfaire à plusieurs conditions qui ont été vivement discutées relativement à leur importance relative. Sans vouloir entrer dans le mérite de la question épineuse de la physiologie de l'excrétion des larmes, rappelons ici brièvement quelques faits parmi les plus importants touchant cette question. Les larmes, après avoir été sécrétées, sont portées par les lois de la pesanteur vers la partie la plus déclive, elles se dirigent donc de haut en bas et de dehors en dedans, c'est-à-dire vers la caroncule lacrymale, aidées en cela par la contraction de l'orbiculaire. A ce point, les larmes doivent entrer dans les conduits, mais, par quel mécanisme l'acheminement des larmes a-t-il lieu vers le nez ? Quel rôle jouent la capillarité, la pesanteur, les contractions de l'orbiculaire et du muscle de Horner, l'évaporation et le courant aérien qui se font dans le nez ?

Le muscle de Horner en se contractant contribue-t-il à expulser le contenu du sac et, dans ce cas, la valvule de Huschke oppose-t-elle un obstacle suffisant au reflux des larmes par les points lacrymaux. Sur ce point les auteurs sont à peu près d'accord, mais il n'en est pas ainsi en ce qui concerne le mécanisme de l'entrée des larmes dans le sac. Arlt, Weber, etc, pensent qu'au moment de la contraction de l'orbiculaire le sac est comprimé et chasse son contenu. Roser, Schmidt, Hencke, croient au contraire, qu'à ce moment le sac se dilate et aspire les larmes. Quelles que soient les opinions émises sur ce point, l'étiologie de la dacryocystite ne saurait en dépendre, car dans un cas comme dans l'autre le muscle lacrymal cessant d'agir, il est admis que l'excrétion des larmes devra en souffrir.

***

La capillarité ne peut exister qu'en autant que le conduit est perméable, et alors seulement les lois de la pesanteur peuvent aussi prêter leur concours à l'excrétion, mais même dans ce cas, la pesanteur ne peut pas avoir un effet bien marqué, attendu que la capillarité en contrarie les effets.

Le courant aérien qui se fait dans le nez pendant l'expiration et l'inspiration a été invoqué par Rava comme jouant un rôle

très important dans l'acheminement des larmes vers le nez. D'après cette ingénieuse théorie, le nez agirait à la façon de la poire en caoutchouc des vaporisateurs, c'est-à-dire que le déplacement de l'air par le nez entraînerait les liquides contenus dans le conduit lacrymal comme l'air chassé de la poire entraîne le liquide contenu dans les vaporisateurs.

Si cette théorie a du vrai, on devrait constater de la dacryocystite dans les cas de déviation de la cloison du nez, de polypes et de rhinites hypertrophiques, ou au moins des épiphoras rebelles, parce qu'alors le courant d'air ne s'établit que d'un côté. Il a déja été prouvé que généralement l'oreille moyenne souffre d'un tel état de chose; il serait intéressant d'établir les relations qui pourraient aussi exister entre la dacryocystite et la sténose nasale.

Nos observations sur ce point ne donnent pas de renseignements complets, parceque nous avons omis dans quelques cas de noter l'état du nez, mais quoiqu'incomplètes à ce sujet, les observations que nous avons prises dénotent déja un fort percentage d'affections nasales en général.

***

La quantité et la qualité des larmes doivent aussi entrer en ligne de compte. Les conduits ne peuvent fournir à absorber toutes les larmes de ceux qui en sécrètent en excès, et sous l'influence d'une irritation quelconque, il s'en déverse alors nécessairement une partie au dehors. Si les larmes cessent d'être limpides et deviennent visqueuses, les conduits lacrymaux se trouvent gênés dans leur action, la marche de l'excrétion est nécessairement ralentie. Si les points lacrymaux ne sont pas dirigés en dedans, ou si une tuméfaction ou un corps étranger les obstrue, si le muscle orbiculaire ou le muscle de Horner font défaut, quel que soit leur mode d'action, il en résultera un désordre dans l'excrétion des larmes. D'un autre côté, si le conduit lacrymo-nasal est naturellement retréci par diformité congénitale ou autre, si l'ouverture de ce conduit dans les fosses nasales est obturée par suite d'inflammation ou autres causes, les larmes ne peuvent pas trouver leur cours régulier.

***

Les causes directes des dacryocystites peuvent donc être multiples, et une fois un obstacle déclaré quelque part il s'établit fatalement un cercle vicieux qui lie la cause à l'effet et *vice versa.* L'obstacle à l'excrétion des larmes, d'où qu'il vienne, produit la stagnation, dans le conduit lacrymal et les culs de sac conjonctivaux, d'un liquide qui acquiert rapidement des propriétés septiques. De là, des conjonctivites interminables et souvent même des ulcères infectants de la cornée et quelquefois des insuccès dans l'opération de la cataracte par suppuration cornéenne dans des cas latents de catarrhe du conduit lacrymo-nasal.

L'étroitesse naturelle du diamètre des points lacrymaux nous rend bien compte des difficultés apportées à la sortie des secrétions conjonctivales au cours des inflammations de cette muqueuse ; cette difficulté tient à la surabondance des liquides sécrétés, à leur plus grande densité, et aussi au retrécissement des voies lacrymales par boursoufflement de la muqueuse des conduits lacrymaux participant toujours, au moins au proche voisinage, aux inflammations de la conjonctive. Le liquide qui y circule en pareil cas n'est pas la sécrétion normale des larmes mais bien un produit inflammatoire, de nature plastique ou au moins irritante, qui s'ajoute à celui qui résulte de l'inflammation de la muqueuse qui tapisse le conduit. Il n'est donc pas étonnant que les moindres degrés de conjonctivites s'accompagnent d'épiphora. La propagation de l'inflammation de la conjonctive au conduit lacrymal n'est cependant pas la seule à ralentir le passage des larmes dans le conduit. Si l'on considère l'extrême fréquence des rhinites,on peut admettre, sans qu'il soit nécessaire de le prouver autrement,que le gonflement et l'inflammation de la muqueuse pituitaire doit aussi s'étendre au conduit lacrymal, cette fois de bas en haut, et rétrécir le diamètre de ce conduit. La facilité avec laquelle les inflammations de la muqueuse nasale se propagent à l'oreille moyenne par les trompes d'Eustache est un exemple fréquent et frappant de la marche envahissante des affections catarrhales. La facilité avec laquelle un coryza s'étend successivement de la muqueuse nasale au pharynx, au larynx et aux bronches en est une autre preuve. De plus, il arrive souvent que le catarrhe se trouve généralisé aux muqueuses oculaire et nasale en même temps, ces deux muqueuses, quoique distantes l'une de l'autre, ne peuvent faire autrement que d'être reliées entre elles par la muqueuse du conduit lacrymo-nasal, atteinte également de la même affection.

***

Sous l'influence d'inflammations de voisinage répétées souvent ou persistant à l'état chronique, le diamètre du conduit lacrymonasal se trouve rétréci, et de là les conséquences connues.

Supposant le cas où l'inflammation si fréquente de la muqueuse nasale ne s'étendrait pas jusqu'à la muqueuse du conduit lacrymonasal par continuité de tissu, il n'en est pas moins vrai que le boursoufflement de la muqueuse nasale, son hypertrophie chronique doivent contribuer à ralentir l'excrétion des larmes en obturant le foramen inférieur du conduit nasal, ou, comme le prétend Rava, en empêchant le courant aérien d'aspirer le contenu du conduit. Dans un cas comme dans l'autre il y a stagnation de liquides dans le conduit, et la muqueuse en souffre.

La muqueuse devient alors de plus en plus malade, joint ses produits de sécrétion anormale à ceux qui existent déjà, et la

dacryocystite est constituée. La muqueuse se boursouffle, se gonfle, ses parois se touchent, s'ulcèrent, le tissu élastique disparaît et se remplace par un tissu inodulaire, la sécrétion devient plus dense, plus épaisse et trouve alors difficilement son chemin au dehors. L'obstruction et l'inflammation se prêtent un mutuel secours pour se nuire davantage; plus l'inflammation sera violente, plus le rétrécissement sera considérable, moins la sécrétion ne trouvera d'issue par cette voie. A la longue, la partie extensible de ce conduit, le sac lacrymal, cédant à une pression exagérée et à un ramollissement de ses parois se distend et donne lieu à la tumeur lacrymale.

***

Mackenzie a reconnu cinq périodes à la maladie :

1o Au début, l'œil est larmoyant.

2o Le sac se remplit de mucus, c'est la blennorrhée du sac.

3o Il se déclare du pus dans le sac.

4o Ce pus se fait jour à travers le sac et la peau en donnant lieu à une fistule.

5o Enfin, les lésions osseuses apparaissent.

C'est la marche théorique de l'affection qui nous occupe, mais ce n'est pas la suite rigoureuse des faits observés. En effet, un grand nombre de malades en restent à la première ou à la seconde période. Mais ces transformations successives de plus en plus graves s'expliquent bien et nous rendent bien compte de ce qui se produit. Aussi longtemps qu'il n'existe qu'un boursoufflement léger de la muqueuse, l'excrétion n'est pas complètement entravée; il y a ralentissement, toutes les larmes ne trouvent pas leur issue, mais enfin une certaine quantité y passe, le reste tombe sur la joue et l'œil est larmoyant; un peu plus tard, la muqueuse est hypertrophiée, l'accolement des parois est plus accentuée, peut-être existe-t-il déjà des brides cicatricielles qui s'opposent à l'issue de liquides devenus plus consistants, la pression du doigt peut encore vider le sac par le nez si l'obstruction n'est pas fibreuse ou osseuse, enfin sous l'influence de causes variables le contenu du sac subit la transformation purulente et nous avons alors le phlegmon du sac.

L'accumulation de pus dans le sac, la destruction outre mesure qui s'y produit, l'amincissement des parois finit par amener une rupture au dehors et de là une fistule. On conçoit qu'une suppuration chronique dans un conduit entouré d'os peut finir tôt ou tard par entraîner des lésions du périoste et des os sous-jacents. D'ailleurs, l'analogie existe souvent pour d'autres cavités soumises aux mêmes influences, telles que la cavité tympanique.

Mais ces complications sont relativement rares. Quant à nous, sur 669 cas que nous avons eu à traiter, nous ne nous rappelons pas d'en avoir observé plus que 5 à 6 cas.

***

Dans le canal de l'urèthre, il n'y a pas d'os ni de périoste pour expliquer les rétrécissements qui s'y produisent, cependant ces rétrécissements sont très communs. Ils résultent de phlegmasies chroniques qui se propagent au tissu cellulaire sous-jacent. Il se forme alors en un point une hypertrophie qui diminue la lumière du canal, ou une absorption du tissu ancien et son remplacement par un tissu fibroïde qui a une tendance continuelle à se rétracter. La blennorrhagie est la cause première de ces désordres. Outre la phlogose de la muqueuse, il peut aussi se produire des ulcères qui, en se cicatrisant, rétrécissent le conduit. Quelle analogie existe-t-il entre le canal de l'urèthre et le canal lacrymal sous ce rapport. Cette analogie n'est pas parfaite en ce sens que le conduit lacrymo-nasal est entouré de parois osseuses, tandis que dans le canal de l'urèthre il n'en est rien.

Il n'y a donc pas de rétrécissement de nature osseuse dans l'urèthre, tandis que le fait peut se rencontrer, quoique rarement, dans le conduit lacrymo-nasal. Abstraction faite de ces faits rares, les rétrécissements des voies lacrymales sont, comme ceux de l'urèthre, le résultat d'une inflammation. Ils peuvent se produire sous l'influence des mêmes causes, c'est-à-dire d'une inflammation de nature blennorrhagique purulente. Nous avons pu retracer cette origine dans 5 cas sur 183.

En tenant compte du fait que la sténose uréthrale est presque toujours due à une ancienne blennorrhagie, on serait tenté de croire que la conjonctivite purulente est aussi la cause la plus commune de la sténose lacrymale. Cependant ceci est loin d'être démontré, surtout en ce qui concerne la conjonctivite purulente de nature blennorrhagique. Mais en cherchant plus et en cherchant mieux, on trouverait peut-être un bon nombre de dacryocystites chez des sujets ayant été atteints autrefois d'ophthalmie purulente des nouveau-nés. Les rétrécissements de l'urèthre apparaissent un bon nombre d'années après la blennorrhagie, ce qui n'empêche pas de les rattacher quand même à cette cause. Pourquoi n'en serait-il pas ainsi, au moins plus souvent qu'on ne le croit, dans les cas de rétrécissement des voies lacrymales ?

Pour l'urèthre, le rétrécissement devient de plus en plus manifeste avec le temps, les patients attendent que l'émission de l'urine soit devenu difficile sinon impossible avant de consulter un chirurgien ; pour les voies lacrymales on attend que les produits septiques aient déterminé des conjonctivites ou des ulcères infectants de la cornée, ou que le phlegmon se soit déclaré dans le sac. Plus rarement sommes-nous consultés pour les larmoiements du début et la tumeur lacrymale sans inflammation douloureuse. C'est dire que d'après nos observations les patients se présentent approximativement au moins six ans après le début du larmoiement.

Nous ne croyons pas que la virulence blennorrhagique soit indispensable pour produire les rétrécissements; il y a d'autres états purulents qui peuvent agir de la même façon dans l'œil, tel serait par exemple la sécrétion de la conjonctivite granuleuse, leucorrhéique, rubéolique, variolique ou autre. Les transformations qui suivent la conjonctivite granuleuse sont suffisantes pour expliquer le mécanisme des rétrécissements du canal ; en effet le caractère essentiel de la conjonctivite granuleuse c'est de laisser à sa suite des cicatrices rétractiles qui déterminent généralement l'inversion des paupières. Nous avons noté six cas de trachôme chez nos malades, et nous croyons avoir donné un chiffre bien au-dessous de la moyenne, car au début de notre travail nous avions surtout en vue d'établir le chiffre de la mortalité chez les parents des malades et nous avons omis plusieurs autres détails qui auraient servi à compléter cette étude. Quoiqu'il en soit, ces quelques cas font présumer que la muqueuse du conduit lacrymal a subi le même sort que la muqueuse palpébrale et qu'il en est résulté un rétrécissement cicatriciel.

***

Une inflammation moins violente de la conjonctive peut avoir autant de retentissement sur le canal lacrymo-nasal qu'une violente blennorrhagie dans le canal de l'urèthre, parce que dans le canal lacrymo-nasal on observe une disposition qui n'existe pas dans le canal de l'urèthre. En effet, dans l'urèthre l'urine est chassée avec vigueur, ne séjourne pas dans le canal et par conséquent ne produit pas sur place une irritation aussi manifeste que peut le faire une sécrétion anormale de la conjonctive tombant dans un canal qui ne possède qu'une force restreinte : la capillarité et la pesanteur pour se débarrasser des liquides qui s'y déversent. Il résulte de là que le produit d'une sécrétion catarrhale déjà irritante et septique, en séjournant longtemps dans le canal lacrymal peut acquérir des propriétés plus irritantes encore et analogues au virus blennorrhagique quant à ses effets et causer les mêmes désordres sur la muqueuse lacrymale que ceux observés sur la muqueuse uréthrale. De plus, le refoulement en haut de la valvule de Huschke favorise la fermeture du conduit lacrymal et la stagnation des liquides. Il résulte de là que les voies lacrymales sont dans des conditions plus favorables que le canal de l'urèthre pour développer un rétrécissement.

***

Il y a dans le canal lacrymal un point rétréci qui est le siège d'élection des sténoses, mais le conduit peut être congénitalement plus étroit chez les uns que chez les autres et prédisposer ainsi à la dacryocystite. C'est peut-être le meilleur moyen d'interpréter la fréquence plus grande de la maladie à gauche qu'à droite.

L'hérédité de l'affection peut s'expliquer pour une part de la même manière, mais dans ces cas, en outre d'un défaut de conformation du squelette osseux, il y a aussi la transmission de diathèses qui rendent plus aptes à contracter la maladie. Cette hérédité apparaît dans nos chiffres pour un petit nombre de cas, mais elle a été signalée par Neider en 1885 ; sur 95 sujets (59 femmes et 36 hommes), dans 26 cas l'affection siégeait chez les parents et enfants des deux côtés, dans 18 autres du même côté, 12 fois à droite, 6 fois à gauche. Mackenzie a opéré de dacryocystite deux sœurs jumelles, l'une à l'âge de 44 ans et l'autre à l'âge de 45 ans.

Lorsqu'il y a hérédité, ça peut être un défaut de conformation du conduit lacrymo-nasal qui se transmet, ça peut être une diathèse quelconque telle que la syphilis ou la scrofule, enfin ça peut être une affection de voisinage telle que la rhinite atrophique.

Dans le même ordre d'idées, on a aussi signalé l'écartement des os de la face et une forte dépression des os du nez comme cause de rétrécissement du canal lacrymal ; d'un autre côté, de Wecker a invoqué une disposition diamétralement opposée comme cause prédisposante, c'est-à-dire une saillie des os du nez jointe à la profondeur du creux sous-orbitaire, désignant par là la race sémitique. Cette contradiction peut n'être qu'apparente, car la race juive peut tenir d'ailleurs sa prédisposition aux affections des voies lacrymales. On sait déjà que cette race est une à vue courte, d'un autre côté il n'y a pas d'exemple, dans l'histoire, de nation qui ait été plus maltraitée, soumise à plus de misère et de privation qu'elle, rien de surprenant, alors, que des constitutions ainsi affaiblies de générations en générations se prêtent plus facilement que toute autre, soit par atavisme, soit autrement, à certaines maladies parmi lesquelles on a déjà signalé les granulations, la dacryocystite et la myopie. Nous serions plutôt porté à admettre ce genre de prédisposition de préférence à une étroitesse naturelle du conduit lacrymo-nasal.

***

Il peut arriver qu'en dehors d'une étroitesse congénitale du conduit lacrymal, le conduit se trouve secondairement rétréci par un traumatisme ou une maladie des os, dans ces cas rares la dacryocystite résulterait directement d'un retrécissement préalable, mais, nous le croyons, ces cas sont très rares, et les autopsies qui ont été relatées ont démontré qu'il s'agissait presque toujours de lésions pouvant se rapporter à l'inflammation de la muqueuse. Ainsi les coarctions fibreuses ne se rencontrent guère que dans les cas invétérés, alors que l'inflammation prolongée a pu produire un tel état.

***

Etant donné que la dacryocystite succède à des inflammations répétées de la muqueuse lacrymo-nasale, il est difficile d'établir

si la cause de ces inflammations réside plutôt dans le nez ou dans l'œil. A l'époque où les patients se présentent pour faire traiter la dacryocystite, on observe souvent des affections oculaires ou nasales et quelquefois toutes deux conjointement. L'une peut être le résultat de l'autre, et il est difficile de dire laquelle des deux a commencé la première. La dacryocystite, en laissant séjourner dans les culs de sacs conjonctivaux, le liquide des larmes, détermine une conjonctivite que Galézowski a désignée sous le nom de conjonctivite lacrymale; celle-là est le résultat et non la cause de la maladie, mais au début les rôles ont pu être changés. La rhinite atrophique annonce une maladie à plus long terme, et sa co-existence fréquente avec la dacryocystite (18070) fait prévoir des relations plus intimes entre les deux.

La riche flore bactériologique qui se développe alors dans le nez nous rend bien compte de la facilité avec laquelle le pus peut se développer dans le sac et inoculer si facilement la cornée en produisant l'ulcère à hypopion. La rhinite atrophique n'est pas limité au nez comme processus inflammatoire spécial, elle se rencontre aussi dans le pharynx sous le nom de pharyngite sèche, et nous serions tenté de considérer les résultats de la conjonctivite granuleuse sur la conjonctive même comme l'expression d'une maladie à peu près identique; en effet, dans le nez, le pharynx et la conjonctive palpébrale, il y a sclérose de la muqueuse. Ce qui nous porte encore à faire un tel rapprochement, c'est la co-existence fréquente de la rhinite atrophique avec la pharyngite sèche et la conjonctivite granuleuse ancienne suivie d'entropion et de trichiasis. Les confrères oculistes n'ont qu'à se rappeler l'odeur désagréable qu'ils ont dû rencontrer souvent en traitant les entropions, les trichiasis et les conjonctivites granuleuses.

***

Un autre rapprochement qui découle encore de nos observations, c'est la co-existence fréquente de la variole ancienne avec la dacryocystite, la conjonctivite granuleuse, la rhinite et la pharyngite atrophique; nous avons noté 14 cas analogues dans nos observations. Nous ne faisons que signaler ce fait sans prétendre aucunement en donner l'explication, peut être la variole crée-t-elle un terrain propice pour la culture de certains micro-organismes, entr'autres celui qui transforme la conjonctive et la muqueuse du pharynx en tissu cicatriciel et celui qui détermine la disparition par absorption des cornets du nez, enfin celui qui se développe dans le canal nasal en laissant après lui une cicatrice cause de retrécissement.

***

Les fièvres éruptives en général peuvent causer la dacryocystite par suite de l'inflammation des muqueuses oculaire et nasale qui

les accompagne. La variole surtout peut y contribuerpl us qu'aucune autre par l'inflammation purulente ou muco-purulente qu'elle détermine. Odler, de Vienne, a noté sur 100 variolés atteints d'affections oculaires, 4 abcès du sac, 22 conjonctivites purulentes ou muco-purulentes, 3 diphtéritiques, le reste étant des abcès, ulcères ou ramollissement de la cornée. A part cela il a remarqué des affections varioleuses secondaires, telles que catarrhe de la conjonctive, eczéma des paupières, conjonctivite pustuleuse. Ces affections seraient déjà suffisantes pour produire un bon nombre de dacryocystites, entr'autres les 22 cas de conjonctivites purulentes qu'il mentionne, mais la variole peut encore agir d'une autre manière que nous signalerons plus loin.

Nous avons déjà parlé de l'ophtalmie purulente comme cause de dacryocystite. Nous avons pu retracer cette origine dans 9 cas. Son mode d'action est suffisamment connu pour que nous n'ayions pas à y revenir ici. Seulement, sa fréquence peut être plus considérable, car pour en retracer l'origine on éprouve beaucoup de difficulté; l'affection a pu disparaître sans laisser de traces, le patient l'ignorer complètement et les parents ne plus s'en rappeler.

***

Nous signalerons en passant l'opinion de Badal qui fait jouer un rôle capital aux erreurs de réfraction dans l'étiologie de la dacryocystite. Sur 2400 malades, Badal a observé 165 cas de dacryocystite, et sur ce nombre 87 étaient atteints d'anomalies de réfraction exigeant correction.

L'hypermétropie est venue en premier lieu pour 40 0/0.
Causes diverses. ..... 43 0/0.
Conjonctivite granuleuse..... 6 0/0.
Variole et fièvre éruptive..... 5 0/0.

Il a observé 1 cas sur 20 de myopie. La dacryocystite résulterait d'une congestion de l'œil par défaut de réfraction, congestion qui se propagerait ensuite aux voies lacrymales.

Nous ferons observer que les défauts de réfraction sont si communs, autrement dit que les yeux parfaitement emmétropes sont si rares qu'il est difficile de ne pas trouver des coincidences analogues au cours de toutes les maladies.

***

Pour Abadie, l'ostéo-périostite maxillaire par dents cariées jouerait un grand rôle. Les anciens croyaient aussi à l'origine osseuse de la maladie. Sans doute, certains traumatismes sur les os du nez ou sur la branche montante du maxillaire peuvent agir de cette façon, et nous en avons signalé un cas; de même une ostéo-périostite partielle ou généralisée à tout le canal nasal ou une exostose en un point. Nous avons consigné quelques cas où la carie dentaire méritait d'être notée par la quantité de dents at-

teintes et l'état inflammatoire des gencives, la proportion a été de 13 o/o. Mais, s'il fallait accepter rigoureusement l'opinion de Abadie, la dacryocystite ne reconnaîtrait guère d'autres causes, attendu que la carie dentaire est très commune surtout dans la classe pauvre où l'on attache moins d'importance au soin et à la conservation des dents.

Les dents de Hutchinson ont été notées surtout pour démontrer le rôle joué par l'état constitutionnel des patients, attendu que ces sortes de dents indiquent une profonde déchéance de l'organisme, résultat d'une syphilis héréditaire ou d'une scrofule grave. Ces sortes de dents ont été signalées dans 14 cas, c'est-à-dire 7 11 18 pour cent.

***

Les corps étrangers des fosses nasales, les suppurations de l'antre d'Higmore, les polypes nasaux peuvent être autant de causes de dacryocystite par un mécanisme facile à comprendre.

Toutes les causes de dacryocystite que nous avons énumérées plus haut agissent directement sur la muqueuse lacrymo-nasale par lésions de voisinage ou autrement, mais ces mêmes lésions ne sont pas seules à agir sur les voies lacrymales ; il faut aux inflammations de voisinage une action prolongée, un certain degré d'intensité, il faut aussi un changement dans le caractère pathologique de la secrétion qui passe dans le conduit lacrymal, il lui faut une action virulente, et pour que cette action ait lieu, il faut que l'état constitutionnel s'y prête, en d'autres termes il faut un terrain préparé. Ce terrain ce sont les maladies débilitantes en général qui le préparent, ce sont la variole, la syphilis, la scrofule, etc.

Déjà MacKenzie avait observé le rôle que joue la constitution, comme cause de dacryocystite. Voici d'ailleurs comment il s'exprimait en 1856 (MacKenzie-Warlomont, page 388) : " La dacryocystite chronique est souvent modifiée par quelqu'altération de la santé générale, fréquemment par la scrofule. Cette dernière cause, au reste, modifie d'une manière frappante l'inflammation d'autres portions du système muqueux.

" Hunter prétend qu'il y a quelque chose de scrofuleux dans certaines blennorrhées, et l'affection des voies lacrymales présente l'analogie la plus frappante avec la blennorrhée ou inflammation puro-muqueuse chronique et périodique de l'urèthre. On peut dire, du reste, d'une manière générale que la scrofule agit sur toutes les affections inflammatoires en prolongeant leur seconde période et en les faisant passer à la chronicité. Quelquefois l'inflammation chronique des voies lacrymales paraît tenir de l'affaiblissement de la constitution, chez des malades d'ailleurs exempts de scrofule ; chez quelques-uns elle est entretenue et chez d'autres elle sera produite par un dérangement des fonctions des organes de la digestion. La variole, la rougeole et la fièvre scarlatine éveillent

souvent une disposition à la scrofule, dissimulée jusque-là, et provoquent la dacryocystite."

Le mauvais état constitutionnel du patient constitue, il est vrai, une prédisposition à toute sorte de maladies, mais son influence se manifeste clairement sur les affections des voies lacrymales. Ce fait nous a frappé dès les premières années de notre pratique, lorsque nous avons eu à traiter un grand nombre de cas de dacryocystite chez les orphelins confiés à la garde des Sœurs Grises. On sait que ces enfants abandonnés sont plus sujets que d'autres, et pour cause, à porter la tare constitutionnelle. S'ils sont orphelins de parents connus, la maladie qui a emporté le père et la mère a du avoir son retentissement sur l'enfant. Si au contraire ils ont été recueillis sur le seuil de la porte ou à l'hospice de la Maternité, ils sont le produit du vice et ils en subissent l'influence ; enfin parmi ceux qui naissent dans ces conditions, mais de parents sains, il manque à ceux-là le lait maternel, et la mortalité excessive des enfants ainsi recueillis prouve qu'il y a un vice constitutionnel qui les tue ou qu'on n'en est pas encore arrivé à réaliser les conditions normales d'alimentation ou d'hygiène nécessaires pour leur conserver la vie.

Les chiffres suivants parlent d'eux-mêmes : sur 243 enfants recueillis à l'Hopital Général dans le cours de l'année dernière, 225 sont morts, c'est-à dire 92½ o/o.

On nous informe qu'en moyenne, il en meurt ainsi au moins les ¾ peu après leur arrivée. Ceux qui échappent à la mort "*rari nantes in gurgite vasto*" sont pour la plupart frappés de déchéance physiologique ; rien d'étonnant alors qu'on en voit un si grand nombre à nos cliniques pour grossir le contingent des dacryocystites, des conjonctivites granuleuses, de la kératite parenchymateuse et phlycténulaire.

***

Si la dacryocystite est commune chez les orphelins de nos hospices de charité pour la raison que nous avons mentionnée plus haut, peut-on lui assigner la même cause dans tous les cas, en d'autres termes, l'état constitutionnel doit-il jouer le principal rôle dans l'étiologie de la dacryocystite en général, c'est ce que nous avons voulu vérifier en établissant le chiffre de la mortalité des frères et sœurs ou des enfants des patients atteints de dacryocystite. On ne doit pas s'attendre à trouver un grand nombre d'enfants sains et viables lorsque les parents sont eux-mêmes entachés de vices constitutionnels. Par conséquent le meilleur moyen de connaître l'état de santé des parents c'est d'établir le chiffre de la mortalité de leurs enfants. En procédant de la sorte nous sommes arrivés à une mortalité d'à peu près 46o/o, c'est-à-dire près de la moitié, lorsque la mortalité normale ne devrait être que de 18 pour 1000. Et pour ne pas donner à ce

résultat une fausse importance, nous avons eu soin d'éliminer les mortalités au-dessus de 4 ans, qui ne sont pas imputables à des maladies constitutionnelles. Ainsi dépouillés des mortalités accidentelles ou survenues à un âge avancé, nos chiffres indiquent réellement un affaiblissement constitutionnel dans la grande majorité des cas.

***

Deux affections surtout paraissent contribuer à établir un tel état de choses, ce sont la variole et la syphilis. La variole contractée dans le jeune âge laisse une empreinte ineffaçable dans l'organisme, les maladies des os en sont souvent le résultat immédiat ou tardif. 42 patients variolés atteints de dacryocystite ont eu 253 enfants, et sur ce nombre 128 sont morts au-dessous de 8 ans, portant ainsi le chiffre de la mortalité à à peu près 50 o/o. Devons-nous attribuer cette mortalité excessive aux effets constitutionnels de la variole, ou est-ce une simple coïncidence ? Nous serions plutôt porté à admettre la première alternative.

La syphilis s'est rencontrée 16 fois dans le cours de nos observations, c'est-à-dire dans les proportions de 8 o/o ; la mortalité s'est élevée dans ces cas à 58 o/o. On sait quel est l'effet désastreux de la syphilis constitutionnelle sur la vitalité des enfants, c'est une des causes les plus fréquentes de la mortalité infantile, à un tel point qu'on doit toujours rechercher cette cause chez ceux qui perdent beaucoup d'enfants.

Malheureusement, pour trouver le nombre exact de syphilis constitutionnelles en rapport avec la dacryocystite, on se heurte à une foule d'obstacles insurmontables. L'histoire de cette maladie est généralement entourée de mystères et de réticences, sinon de négations mensongères, et il est difficile de soumettre tous les patients à une enquête de ce genre. Si les lésions caractéristiques ne viennent pas lever tous les doutes et neutraliser les dires du patient, on reste souvent en face d'observations incomplètes. Mais si la syphilis, à une époque tardive, ne se révèle plus par des lésions caractéristiques du côté de la peau ou des organes et par l'histoire écourtée des maladies antérieures, il y a une histoire de famille qui fait rarement défaut, et lorsqu'on voit une femme avoir successivement des fausses couches, des enfants morts-nés ou qui meurent peu de temps après leur naissance et qu'enfin on constate sur un ou quelques survivants des dents de Hutchinson, on a de fortes présomptions pour croire qu'il y a là une histoire de syphilis. Nous avons vu plusieurs cas de ce genre que nous n'avons cependant pas classifiés parmi les cas de syphilis, quoiqu'apparemment ils en eussent toute l'allure. Ils n'en indiquaient pas moins un mauvais état constitutionnel, et ceci venait encore à l'appui de nos avancés. La syphilis, outre qu'elle agit comme cause débilitante, peut aussi produire directement sur la muqueuse lacry-

male les mêmes désordres que sur les autres muqueuses. On connaît les retrécissements syphilitiques de l'œsophage et du rectum ; la syphilis peut aussi agir sur les voies lacrymales par périostite, ostéite, nécrose, exostose ou gommes.

***

Enfin, le fait que les hommes sont moins sujets que les femmes à la dacryocystite peut encore trouver son explication dans l'état constitutionnel de ces dernières. Leur constitution est naturellement plus faible, elles sont plus sujettes aux maladies et en ressentent plus souvent les influences néfastes. Elles passent par des périodes critiques auxquelles l'homme n'est pas exposé ; les accouchements et les fièvres fréquentes auxquelles elles sont sujettes à cette époque, l'allaitement et la fatigue qu'elles en éprouvent, les nuits d'insomnie, les désordres utérins auxquels elles sont si sujettes, enfin l'apparition des règles et la ménopause constituent pour elles autant de causes de désordres constitutionnels qui peuvent retentir sur les muqueuses en général et en particulier sur les voies lacrymales.

Le mauvais état constitutionnel se manifeste sous des formes multiples qui, dans le langage médical, ont reçu différents noms : entr'autres ceux de scrofule, strume, lymphatisme, mais pour n'exprimer en définitive qu'un état à peu près identique. Cliniquement, ces sujets à constitution débile sont aptes à contracter toute sorte de maladies ; leur peau, leurs muqueuses offrent peu de résistance aux agents extérieurs, elles s'excorient facilement, deviennent le siège de pustules ou de gonflement, et, sous l'influence d'une torpeur nutritive constante, les infections extérieures sont favorisées, le terrain est devenu propice pour l'éclosion et la culture des micro-organismes.

CONCLUSIONS.

Les conclusions que nous pouvons tirer des observations que nous avons citées se résument comme suit :

1° La dacryocystite est une affection fréquente et grave par les dangers auxquels elle expose la cornée.

2° Elle se localise plutôt à l'œil gauche qu'à l'œil droit.

3° Elle atteint plus souvent les femmes que les hommes.

4° Elle se déclare en moyenne vers l'âge de 33 ans.

5° Les patients réclament des soins pour leur état en moyenne six années après le début du larmoiement.

6° Le mauvais état constitutionnel de ces patients est la cause prédisposante de la dacryocystite ; ce mauvais état de constitution est démontré par une mortalité d'à peu près 46 o/o chez les enfants ou les frères et sœurs de ces patients.

7° La variole co-existe dans la proportion de 41 o/o et semble favoriser l'apparition de la maladie.

BIBLIOTHÈQUE SAINTE-GENEVIÈVE

8° Les affections nasales : rhinites hypertrophiques, atrophiques, déviation de la cloison du nez et surtout la rhinite atrophique fétide semblent intimement liées à la dacryocystite.

9° Le mauvais état des dents rend possible, dans beaucoup de cas, la propagation d'une inflammation périostique à la muqueuse lacrymale.

10° Le nombre de sujets atteints ayant des dents de Hutchinson, la mortalité excessive signalée dans certains cas et la proportion de 8 o|o de cas de syphilis avouée font prévoir l'action fréquente de la syphilis dans ces cas.

11° L'opthalmie purulente y contribuerait aussi pour sa part, ainsi que l'hérédité, les traumatismes directs et les lésions osseuses.